*(pieczęć adresowa Wykonawcy)*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH - GRANICZNYCH**

**UWAGA - WYMAGANY ROK PRODUKCJI- NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Opis | Wymagana cecha lub wartość parametru TAK/NIE podać | Parametr oferowany |
| **Wycinarka do osłon stosowanej w radioterapii wraz z oprogramowaniem** | | | |
|  | nazwa produktu/urządzenia .......................................................  model .......................................................  Producent/wytwórca: .......................................................  Kraj pochodzenia: .......................................................  Nr katalogowy ...................................................... | | |
| 1. | Dokładność cięcia powyżej 0,5 mm | TAK, podać |  |
| 2. | Prędkość cięcia regulowana względem 10mm/s | TAK, podać |  |
| 3. | Powierzchnia cięcia co najmniej 400x400 mm | TAK, podać |  |
| 4. | Powierzchnia bloków steropianowych co najmniej 400x400 mm | TAK, podać |  |
| 5. | Wymiary 70x35x70 cm +/- 3cm | TAK, podać |  |
| 6. | Zasilanie 230V | TAK, podać |  |
| nazwa produktu/urządzenia .......................................................  model .......................................................  Producent/wytwórca: .......................................................  Kraj pochodzenia: .......................................................  Nr katalogowy ...................................................... | | | |
| 7. | Komputer o procesorze Core i7 z napędem DVD RW o dysku co najmniej 250 GB, i pamięci 8Gb, karta sieciowa 100/1000Mbit Ethernet. Monitor 24”, myszka, klawiatura, Win 7 Win 1064bit. | TAK, podać |  |
| 8. | Oprogramowania sterujące z interfejsem do SPL Eclipce posiadanego przez użytkownika, Dicom. | TAK, podać |  |
| 9. | Szkolenie w miejscu instalacji. | TAK, podać |  |
| 10. | Konfiguracja przy asyście, w obecności zamawiającego. | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*(Data, podpis i pieczątka Wykonawcy)*